

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N° 241

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Édouard LETORT

Né le 6 Avril 1914, à Caulnes (Côtes-du-Nord).

8 JUL 1942

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

LES APPLICATIONS LOCALES
D'HUILE DE FOIE DE MORUE
DANS LE TRAITEMENT
DU SPINA VENTOSA

Président : M. CATHALA, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Édouard LETORT

Né le 6 Avril 1914, à Caulnes (Côtes-du-Nord).

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

LES APPLICATIONS LOCALES
D'HUILE DE FOIE DE MORUE
DANS LE TRAITEMENT
DU SPINA VENTOSA

Président : M. CATHALA, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	
Pathologie expérimentale comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	Henri BENARD.
	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Cliniques des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie gicale.	chirurg.	HAGUENAU	Pathologie cale.	médi.
BARIETY	Pathologie cale.	médi.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie cale.	médi.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANCON Justin.	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie cale.	médi.
BOULIN	Pathologie cale.	médi.	LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.	
BROUET	Pathologie cale.	médi.	LENEGRE	Pathologie cale.	médi.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie cale.	médi.	MARCHAL	Pathologie cale.	médi.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie gicale.	chirurg.
COSTE	Pathologie cale.	médi.	MOLLARET	Pathologie cale.	médi.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie cale.	médi.
DELARUE	Anatomie patholo- gique.		PATEL	Pathologie gicale.	chirurg.
DELAY	Pathologie cale.	médi.	PETIT-DUTAÏLLIS	Pathologie gicale.	chirurg.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie gicale.	chirurg.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie gicale.	chirurg.
FEVRE	Pathologie gicale.	chirurg.	SOULIE	Pathologie cale.	médi.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie gicale.	chirurg.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie cale.	médi.
GARCIN	Pathologie cale.	médi.	WILMOTH	Pathologie gicale.	chirurg.
Mlle GAUTHIER-					
VILLARS	Anatomie patholo- gique.				
DE GENNES	Pathologie cale.	médi.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

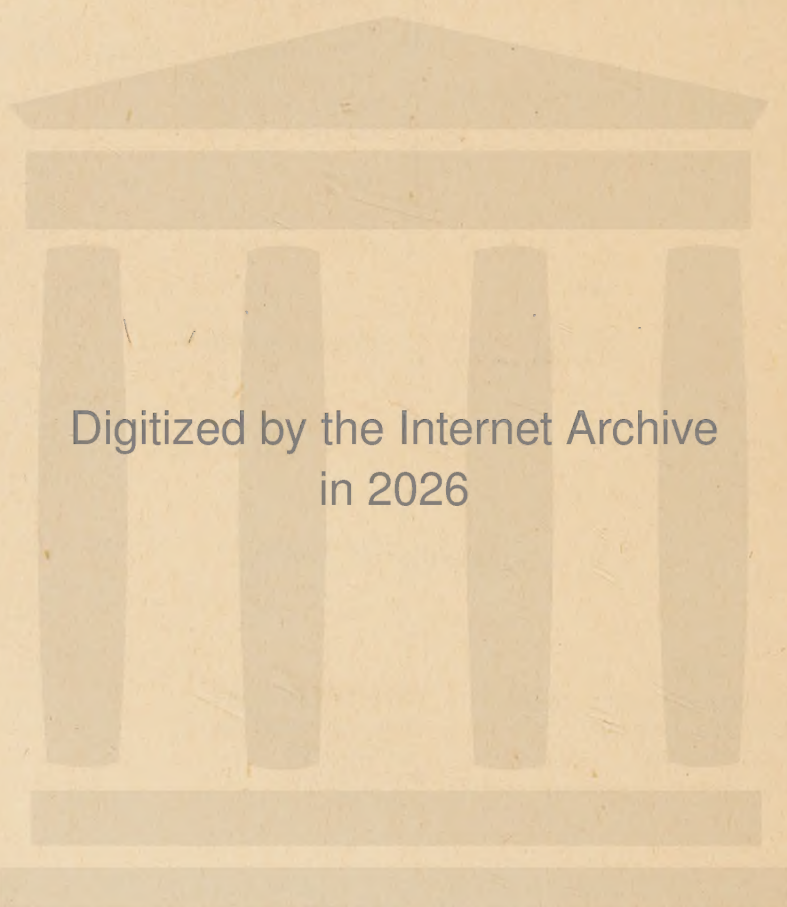
MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.,	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA TANTE

A MA MERE

*Je lui dédie cette thèse, en
gage de ma plus profonde affec-
tion et ma reconnaissance infi-
nie pour tous les sacrifices
qu'elle s'est imposée pour moi.*

A MA FIANCEE

A MES FRERES

A MON ONCLE

*Qu'il sache combien je lui
suis reconnaissant de tout ce
qu'il a fait pour moi.*

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA

Agrégé de Pathologie Médicale

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter de
présider cette thèse.*

Respectueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN

Chirurgien de l'Hôpital du Mans

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et aidé de ses pré-
cieux conseils.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRANVAL

Médecin de l'Hôpital du Mans

*Pour les conseils qu'il nous a
prodigués lorsque nous fûmes
son interne.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAISANT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital du Mans

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DU MANS

INTRODUCTION

Affection localisée dont le retentissement sur l'état général est nul ou presque, le spina ventosa est une question qui ne semble pas avoir tenté les auteurs.

A quoi attribuer le nombre restreint de publications faites sur ce sujet ?

Sans nul doute les résultats décevants obtenus par les divers traitements préconisés, résultats d'autant plus décevants que l'évolution de la maladie est plus avancée, en sont la principale cause.

En effet, ou bien on arrive à conserver des doigts dont l'utilité est nulle (doigts raccourcis, tordus, ankylosés ou flottants) ou bien on en est réduit à des amputations, chose pénible surtout chez des enfants en bas âge.

Il nous a donc semblé intéressant de rapporter trois cas de spina ventosa, observés à l'hôpital du Mans dans le service de chirurgie infantile du Docteur PAPIN, cas où l'amputation semblait inévitable et qui grâce à des embaumements à l'huile de foie de morue après grattage de l'os ont guéri sans aucun séquelle.

CONSIDERATIONS SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE

L'usage de l'huile de foie de morue en thérapeutique n'est pas de date récente.

A la fin du siècle dernier son ingestion constituait avec le séjour au grand air un des modes de traitement du *spina ventosa*.

DIEULAFOY déclare dans son « traité de pathologie interne » à propos des tuberculeux pulmonaires :

« J'ai obtenu des résultats excellents avec de l'huile de foie de morue à fortes doses; je la fais prendre à grands verres; quelques malades en ont bu 400 à 500 grammes par jour pendant plusieurs semaines. Je répète que les résultats obtenus sont souvent surprenants ».

Les applications externes ont été ensuite préconisées, BROcq en 1890 en vante déjà les effets.

« Dans l'érythème polymorphe chronique, lorsque l'irritation est calmée, on a recours à des topiques plus énergiques. Le meilleur d'entre eux, de beaucoup, c'est l'huile de foie de morue ».

Si autrefois son emploi était empirique et justifié seulement par son efficacité il était aussi limité.

Après la découverte des vitamines, on sait que l'huile de foie de morue contient en quantité des vitamines A et D, on attribua à ces dernières les magnifiques résultats obtenus, et l'usage de l'huile de foie de morue prit une extension considérable.

Ce sont surtout les auteurs allemands LOHR DE MAGDEBOURG, BUCHNER, LAUBER, SANDOR, ROCHOLL, LUHRIG qui ont fait dans les dix dernières années de nombreuses publications sur l'emploi de l'huile de foie de morue, où ils rapportent des résultats surprenants.

Les auteurs anglais, italiens et suisses, confirment ces résultats.

En France si les résultats se montrent aussi satisfaisants, on semble cependant plus réservés et on attend pour conclure, M. TZANCK déclarait en juin 1938 :

Nous nous proposons de rapporter ultérieurement
« les résultats qui se sont montrés si favorables Mais
« nous voudrions le faire, lorsque nous pourrons ta-
« bler sur un nombre de cas suffisant. »

L'huile de foie de morue a été surtout utilisée dans les affections cutanées, érythèmes indurés, lichens chroniques, engelures, brûlures, troubles de la cicatrisation, plaies atones.

Son emploi ne s'est pas limité à cela et en avril 1934 LOHR DE MAGDEBOURG signalait :

« Les résultats que nous avons pu rapporter dans
« les différents domaines de la chirurgie par l'emploi
« externe de l'huile de foie de morue sont remarqua-
« bles. »

« Si nous gardons toujours devant les yeux cette
« vérité que la pommade à l'huile de foie de morue
« ne peut rien d'autre que guérir sûrement les trou-
« bles de la cicatrisation des plaies, il est tout à fait
« logique que nous obtenions des résultats, là où les
« conditions anatomiques sont favorables ».

Poursuivant sa communication LOHR parle ensuite de panaris, d'ostéomyélite qui se terminent sans ablation, sans mutilation, sans séquestre.

CUGNET dans un article paru au début de cette année dans le « Concours médical » vante les effets de l'huile de foie de morue en applications locales dans le traitement des plaies suppurantes et atones, ce qui pour cet auteur confirme « la valeur microbicide et régénératrice de l'huile de foie de morue ».

Le mode d'action de l'huile de foie de morue a en effet, été discuté.

Pour la plupart des auteurs ce serait par les vitamines qu'elle contient que l'huile de foie de morue agirait.

La vitamine A ou anti-infectieuse fournit à l'orga-

nisme un pouvoir élevé de résistance aux infections, son action est d'ordre général, alors que l'action de la vitamine D ou anti-rachitique est d'ordre plus restreint et a comme effet la calcification des os.

D'autres auteurs attribuent aux divers composants de l'huile de foie de morue ses bienfaisants effets. pour CUGNET « les complexes métalloïdo-organiques ont sur le métabolisme général de notre organisme une influence extrêmement importante qu'on a eu le tort de négliger. »

Employée par voie buccale, puis en application externe, l'huile de foie de morue a aussi été utilisée récemment par voie intra-veineuse, mais cette méthode, dont on dit beaucoup de bien, a encore été trop peu employée pour que l'on puisse en tirer quelque conclusion.

Quel que soit le mode d'emploi, il nous faut reconnaître que les résultats obtenus sont chaque fois très satisfaisants.

ETUDE SUCCINCTE SUR LE SPINA VENTOSA

« Infiltration de granulations tuberculeuses, formation d'un séquestre qui comprend quelquefois toute la diaphyse de l'os; raréfaction souvent très considérable de l'os ancien, formation d'un nouvel os sous périosté, tels sont les faits saillants et caractéristiques de l'ostéite raréfiant que l'on désigne habituellement sous le nom de spina ventosa ».

Telle était la définition de LANNELONGUE.

Le spina ventosa est une ostéite qui frappe surtout la diaphyse des petits os : métacarpiens, métatarsiens, phalanges. l'atteinte des os longs n'est pas une exception. Le spina ventosa se rencontre le plus souvent chez le jeune enfant jusqu'à cinq ans, et il est rarement unique.

D'origine uniquement tuberculeuse pour certains auteurs, l'étiologie serait diverse pour d'autres.

La tuberculose étant la cause la plus fréquente, on trouve par ordre décroissant d'abord la syphilis et les mycoses, ensuite l'ostéomyélite, l'ostéite névralgique et éburnante, la périostite albumineuse, la mélitococcie, l'échinococcose.

AU POINT DE VUE CLINIQUE.

Débutant par une tuméfaction du doigt, la phalange atteinte forme bientôt un fuseau dur, lisse qui ne détermine aucune gêne fonctionnelle.

Secondairement la déformation en fuseau s'accroît, le segment atteint se boursouffle puis les téguments s'infiltrant. A la pression on détermine une douleur parfois assez violente, un peu d'impotence du doigt apparaît.

La peau se soulève, la suppuration commence, une fistule à contours irréguliers, à bords anfractueux, minces et décollés s'installe. L'ulcération siège en général à la face dorsale de la phalange ou du métacarpien. Un pus grumeleux, mal lié, abondant et qui, parfois, contient des débris du séquestre sort par la fistule. C'est le troisième stade pendant lequel on voit des réactions ganglionnaires. Si on explore au stylet on rencontre dans la cavité des anfractuosités, des fongosités, parfois un séquestre en voie de désintégration.

L'évolution continuant on a une propagation à distance, les articulations voisines peuvent se laisser envahir, plus souvent les tendons des extenseurs sont pris et si alors la suppuration tarit le doigt immobilisé en flexion forcée devient non seulement inutile mais gênant.

AU POINT DE VUE RADIOLOGIQUE

Au début on trouve des lésions de périostite avec un fuseau, aminci à ses extrémités, qui entoure l'os comme un manchon. Les contours en sont nets.

Plus tard la diaphyse et le fuseau sont limités par un liseré clair.

A la période de séquestre on note un élargissement de l'os, des vacuoles intra-osseuse avec au centre l'image plus ou moins floue du séquestre en voie d'élimination.

1°) Une zone centrale de destruction osseuse se traduisant par des zones claires dans lesquelles on peut parfois distinguer des séquestres.

2°) Une zone périphérique d'hyperostose.

Tels sont en résumé les deux éléments qui caractérisent l'image radiologique du spina ventosa.

L'association de ces deux éléments peut déterminer trois variétés :

Ou bien les deux processus sont égaux ;

Ou bien le processus destructeur l'emporte, c'est la forme bulleuse ;

Ou bien les apports périostés dominant, c'est alors la forme à fuseau.

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

Médical, chirurgical, radiologique, chacun de ces traitements a ses partisans.

TRAITEMENT MEDICAL

Certains auteurs s'en contentèrent. Vers la fin du siècle dernier on appliquait des substances antiseptiques, on préconisait la vie au grand air, le séjour au bord de la mer et l'administration per os d'huile de foie de morue.

D'autres appliquaient de la teinture d'iode, des emplâtres mercuriels, enfin l'emplâtre de Vigo.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

On y eut recours rapidement.

En 1867 SEDILLOT et OLLIER préconisent un traitement conservateur.

PARROT en 1880 insiste sur « l'évacuation prématurée des produits morbides et des séquestres de façon

à laisser le moins possible de cicatrice et à éviter les difformités consécutives ».

Ether iodoformé en injections dans l'os et s'il y a fistule, grattage des fongosités, tels sont en 1888 les conseils de PUDCHAUD.

De SAINT GERMAIN est partisan des pointes de feu profondes, mais pratique l'amputation si les lésions prennent une trop grande extension.

BRESSI en 1889 n'admet plus que deux modes de traitement: le grattage et la résection sous-périostée.

ROUSSEL en 1897 après une étude sur les divers traitements du spina ventosa concluait : « L'opération de choix préconisée par le Professeur LANNELONGUE « est la résection sous périostée associée à l'applica-
« tion de la méthode sclérogène avec conservation des
« extrémités épiphysaires. L'opération devra être faite
« à l'époque la plus rapprochée du début de la lé-
« sion. Elle donne de meilleurs résultats que le grat-
« tage et les injections de chlorure de zinc.

« Les suites de l'intervention sont: la formation ul-
« térieure d'un nouvel os, la conservation des surfa-
« ces articulaires et partant l'intégrité aussi complète
« que possible de sa fonction ».

Actuellement c'est encore au traitement chirurgical qu'on a le plus recours.

Le mieux est d'agir avant la formation de la fistule, plus on agit tôt plus on a des chances de succès.

S'il y a fistule on a intérêt à n'intervenir que lorsque le séquestre est bien isolé.

On pratique alors une incision le long du grand axe de l'os atteint et on va à la recherche de l'orifice par lequel le foyer de suppuration superficiel communique avec la cavité du séquestre. On agrandit cet orifice, on enlève et séquestre, et fongosités à la curette en respectant le plus possible la gaine périostique de nouvelle formation.

Ou bien on peut refermer d'emblée sans drainage si l'abcès est peu important. S'il y a fistule, le mieux est de drainer à l'aide de petites mèches.

Dans tous les cas on immobilise.

Si l'opération est faite à temps on obtient une reconstitution assez rapide de l'os, si le fuseau est lésé ou l'opération trop tardive, la reconstitution est beaucoup moins régulière, le segment d'os est déformé.

Au deuxième stade de l'évolution on peut encore espérer par de simples ponctions de l'abcès et injection d'un liquide modificateur obtenir la guérison.

TRAITEMENT RADIOLOGIQUE

Certains auteurs se sont contentés uniquement de la radiothérapie. C'est ainsi qu'ALBERT WEIL publiait en 1912 dans les Archives d'Electricité médicales plusieurs observations relatives à des spina ventosa qu'il

déclarait tous justiciables de la roentgenthérapie seule, et que souvent on obtient au point de vue osseux la restitution ad integrum.

C'est dès le début de l'affection que l'action radiothérapique est la plus favorable.

« Selon le moment de l'évolution où le spina ventosa est traité les modifications sont évidemment différentes mais l'amélioration la plus constante est la réduction de volume du doigt dont les tissus semblent se sécher, elle se traduit par une diminution de la soufflure ou des vacuoles sur les clichés, il peut y avoir élimination d'esquilles. »

C'est ainsi que s'exprime LEHMANN dans le Bulletin officiel de la Société d'Electrothérapie et de radiologie médicale de Juin 1934.

Pour NOBECOURT la radiothérapie agit au mieux dans ces localisations bacillaires.

RESULTATS OBTENUS

Il est certain que les diverses méthodes employées ont à leur actif de bons résultats, néanmoins il est indéniable qu'il persiste très souvent des séquelles d'ailleurs variables selon l'intensité des phénomènes et selon le moment de l'intervention.

Ou bien on a un doigt qui a trop grandi si l'activité

ostéogénique a été excitée et s'il n'y a pas eu d'excès de destruction, dans le cas contraire il est trop court.

Si la reconstitution osseuse ne s'est pas faite on a un doigt ballant. Il est immobilisé en flexion forcée si le tendon extenseur a été atteint.

Dans tous les cas il est inutile ou gênant et c'est pourquoi la question se pose souvent d'amputer les doigts ainsi rendus inutilisables.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

L'enfant **Huguette B...**, âgée de 14 mois entre le 24 mars 1936 dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital du Mans.

Cette enfant dont les antécédents héréditaires, personnels et collatéraux ne retiennent aucunement l'attention, présente à son arrivée un double spina ventosa. L'un au niveau du pouce droit, l'autre au niveau du quatrième métacarpien gauche. On n'arrive pas à faire préciser par les parents à quelle date remonte le début de la maladie.

Quoiqu'il en soit les deux spina ventosa sont fistulisés et une quantité de pus assez abondante sort par chacune des fistules.

L'état général est bon, la température est voisine de 38°.

A première vue l'amputation du pouce semblait inévitable chez cette pauvre petite et, c'est avec septicisme que l'on tente le lendemain de le lui conserver.

La radiographie faite à cette époque montrait une destruction importante de la diaphyse, on ne remarquait pas de séquestre.

Le 25 mars on pratique un curettage le plus minutieusement possible, on fait ensuite un embaumement abondant à l'huile de foie de morue, on immobilise enfin dans un petit appareil plâtré.

Dans les jours qui suivent l'intervention, la température se maintient aux environs de 38°, mais le dixième jour elle commence à tomber et devient par la suite normale.

Trois semaines après l'opération on défait le plâtre et le pansement, l'aspect des plaies est très satisfaisant et on espère alors éviter l'amputation.

Nouvel embaumement à l'huile de foie de morue, nouvelle immobilisation, l'enfant est perdue de vue.

Elle revient dans le service en mars 1941 pour une vulvite à gonocoques.

On ne trouve pas trace des lésions importantes qu'elle avait présentées cinq ans auparavant, on ne note aucun trouble fonctionnel. La radiographie faite alors est aussi muette sur les lésions osseuses.

OBSERVATION II

Agée de 18 mois, n'ayant pas d'antécédents dignes d'être signalés la petite Suzanne L... entre dans le service de chirurgie infantile au début du mois d'avril 1940.

Elle présente une tuméfaction fluctuante au niveau de la partie inférieure de son radius droit. En plus au niveau de la première phalange du médus droit on note un gonflement important, cette phalange est presque double des autres.

La radiographie faite alors montrait une destruction de la partie inférieure du radius au dessus du cartilage de conjugaison et, la première phalange du médius en voie de décalcification.

Là encore on ne peut préciser le début de l'affection. La petite malade ne présentant pas encore de fistulisation, on se contente, le 5 avril 1940, d'une ponction évacuatrice de l'abcès de poignet. On embaume ensuite et le poignet et le médius avec de l'huile de foie de morue et on immobilise.

Nouvelles ponctions le 13 et le 17 avril, chaque fois on renouvelle l'embaumement et l'immobilisation.

Pendant plus d'un an les pansements sont renouvelés tous les mois et l'immobilisation conservée.

Revue au début du mois de mai 1942 cette enfant ne présentait plus aucune déformation au niveau de son médius, il n'y avait pas davantage de tuméfaction au niveau de son radius.

La radiographie montrait une première phalange du médius normale et un radius reconstitué.

OBSERVATION III

Au début du mois de juin 1941 arrive dans le même service l'enfant Danielle C..., âgée de 1 an.

Elle présente un spina ventosa du pouce gauche avec fistule.

La radiographie montre une décalcification importante de la diaphyse de la première phalange du pouce gauche avec des vacuoles.

Le 10 juin 1941 on opère cette enfant. On pratique un curettage soigneux, on immobilise dans un petit appareil plâtré après avoir fait un pansement arrosé d'huile de foie de morue.

Les pansements sont renouvelés régulièrement chaque mois. Nous avons revu cette enfant à la fin du mois d'avril 1942, la fistule était fermée, le pouce était moins tuméfié, mais n'était pas encore tout à fait normal. Nous avons conseillé de poursuivre les pansements à l'huile de foie de morue tout en maintenant immobilisé par de petites attelles le doigt malade. Nous demeurons persuadés que dans quelques mois le pouce de cette malade aura repris son aspect normal.

REFLEXIONS SUR CES OBSERVATIONS

Les résultats obtenus dans ces trois cas ont donc été extrêmement favorables, d'autant plus qu'il s'agissait dans le premier et troisième cas de lésions très évoluées, et dans le second de lésions du radius très étendues.

D'autres spina ventosa moins évolués ont été traités dans le même service par la même méthode, les résultats obtenus ont été également satisfaisants.

En outre de ces résultats encourageants le traitement que nous avons utilisé présentent d'autres avantages qui ne sont pas à dédaigner.

Tout d'abord le séjour à l'hôpital, toujours néfaste chez les jeunes enfants, est réduit au minimum. Le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, l'enfant peut-être repris par sa famille.

D'autre part le traitement excessivement simple peut sans inconvénient être poursuivi à la maison. Toutes les trois ou quatre semaines environ il suffit de refaire le pansement en imbibant largement d'huile de foie de morue quelques compresses, ne jamais ou-

blier d'immobiliser la région malade. Si au début du traitement il est préférable d'utiliser un petit appareil plâtré, dans les mois qui suivent on peut se contenter de simples attelles.

Une objection mais qui veut pour tous les traitements; la guérison est longue à obtenir. En général il faut compter plus d'un an. N'oublions pas qu'il s'agit dans la plupart des cas de lésions bacillaires par conséquent très longues à guérir. Une guérison sans séquelles obtenue au bout de 12 ou 18 mois n'est-elle pas encore préférable à un doigt inutile ou à une amputation ?

CONCLUSION

Que faut-il retenir de cette brève étude ?

— Le spina ventosa étant le plus souvent d'origine bacillaire et étant par surcroît une lésion osseuse il faut sans exception aucun immobiliser la région malade précocement et longtemps.

— Ne connaissant pas le mode d'action de l'huile de foie de morue, et ne pouvant attribuer à elle seule les excellents résultats obtenus il faut reconnaître cependant que son emploi a été suivi de guérison dans des cas où rien ne la laissait prévoir.

— Dans tous les cas de spina ventosa il faut, quelque soit l'importance des lésions et la durée de l'évolution tenter le traitement conservateur et laisser les pansements sans y toucher le plus longtemps possible.

Vu:

Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu:

Le Président de Thèse,
CATHALA

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

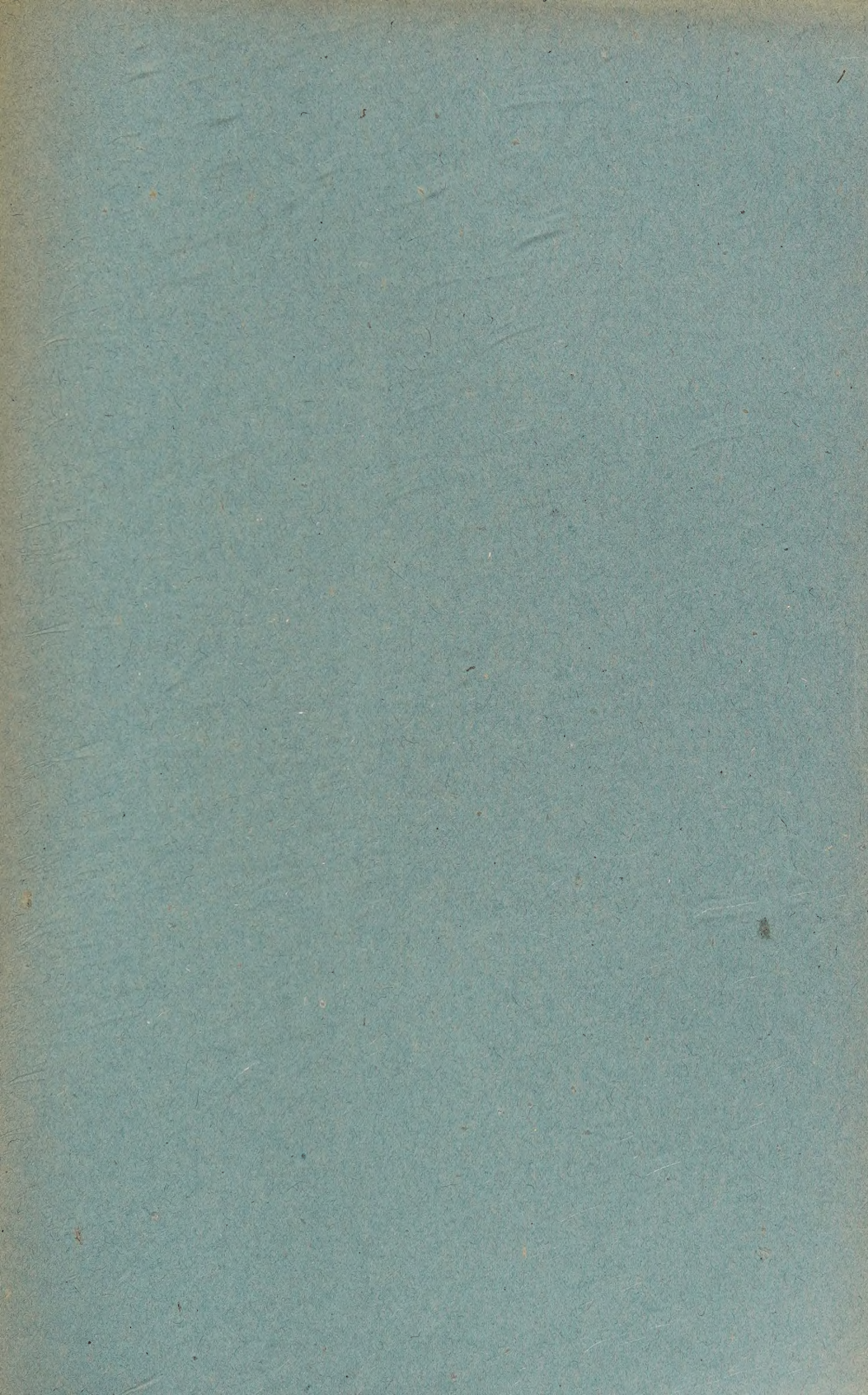
- ABEILLE. — Les pansements biologiques. L'huile de foie de morue accélérateur de la mitose cellulaire. Paris Thèse Méd. 1939.
- ANTONIOLI. — Spina ventosa d'un métacarpien; greffe osseuse autoplastique. Guérison. (*Atti Mem. sa Lomb. di chir.*, vol. 3 7 novembre 1935).
- Spina ventosa di un metacarpi curata con innesti ossei autoplastici. (*Boll. e mem. soc. piemontese di chir.*, 5 480-490, 1935).
- BLOCH. — Spina ventosa traité et guéri par l'extrait bacillaire colloïdal de Grimberg. (*Rev. de chir.*, n° 4, avril 1938, 76 : 305-307).
- CHABRE. — Huile de foie de morue. Vitamines. Les huiles de foie de morue leur teneur en vitamines A et D par Paul Chabre. Préface d'André Chevalier. Paris, Masson 1936.
- FONTAINE. — Double spina ventosa métacarpien et métatarsien traité par la résection diaphysaire, suivie de greffes osseuses, résultats éloignés. (*Rev. de chir.*, Paris 75 (639-643, octobre 1937).
- LASTERADE DE CHAVIGNY. — Sur les récents résultats thérapeutiques obtenus par les applications locales de l'huile de foie de morue. (*Thèse Méd.* Paris, 1938).
- LEHMANN (R.). — Sur le traitement du spina ventosa.

- (*Soc. franc. Electroth. et radiol.* Sce du 29 mai 1934. In : *Arch. d'Electricité méd.*, n° 597, juin 1934).
- Sur le traitement radiologique du spina ventosa. (*Sté franc. d'électrothérapie et de radiologie*, n° 6, juin 1934).
- NESIS. — Spina ventosa du cubitus. (*Thèse Méd.*, Paris, 1925).
- NOBECOURT-BABONNEIX. — Traité de médecine des enfants. Tome IV, Masson Editeurs, Paris 1934.
- ROCHER. — Atrophie de la main gauche survenue après traitement radiothérapique appliqué à l'âge de 2 an pour spina ventosa. (*Pédiatrie pratique*, 15 février 1934, n° 2).
- Atrophie de la main gauche survenue après traitement radiothérapie appliqué à l'âge de 2 ans pour spina ventosa (traitement pratiqué il y a 12 ans). (*Gaz. hebd. d. sc. Méd.*, n° 9, Bordeaux, 4 mars 1934).
- ROUSSEL. — Contribution à l'étude historique et thérapeutique du spina ventosa. (*Thèse de Paris*, 1897).
- SALHIEN. — A propos d'un cas de spina ventosa. (*Montpellier thèse Méd.*, 1939).
- VELUET. — L'aspect radiologique du spina ventosa. (Paris, *Thèse Méd.*, 1909).
-

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S



12

12
12